



## CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS

Antonio Pinto Junior<sup>1</sup>  
Rosana Frazili<sup>2</sup>  
Vicente Cassepp-Borges<sup>3</sup>  
Valdeci Pinheiro<sup>3</sup>  
Danilo Lopes<sup>3</sup>  
Mari Ortiz<sup>3</sup>

### RESUMO

Este artigo discute os resultados de um projeto de extensão desenvolvido pelo curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, visando à capacitação dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Dourados/MS para a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de casos de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA). Por meio de encontros semanais em cada Unidade de ESF, com duração média de 04 horas, capacitaram-se 29 equipes, perfazendo um total de 442 profissionais sensibilizados para a prevenção da VDCA. Para a análise da eficácia da capacitação utilizou-se um questionário de sondagem das representações acerca da VDCA, ministrado antes (Pré-teste) e depois (Pós-teste) das capacitações, procurando verificar mudanças de concepções dos profissionais de saúde a respeito do fenômeno discutido. As diferenças nas frequências de pontuação dos itens dos questionários pré e pós-teste respondidos pelos participantes do projeto de extensão foram comparadas por teste t de Student para amostras pareadas. Os dados revelam que, por meio dos encontros de capacitação, muitos profissionais de saúde mudaram conceitos e representações acerca da VDCA, o que poderá favorecer a sua prevenção a partir do engajamento no combate a este tipo de problema social que aflige a vida de crianças e adolescentes brasileiros.

**Palavras-chave:** Violência doméstica. Crianças e adolescentes. Capacitação em Serviço. Saúde da Família.

## TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE FIELD OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS IN DOURADOS/MS

### ABSTRACT

This article discusses the results of a extension project developed by the course of Psychology in University of the Grande Dourados in order to upgrade the skills of the teams of the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Dourados/MS for prevention, early identification and referral of cases of Domestic Violence against Children

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense

<sup>2</sup> Faculdades Integradas Tereza D'Ávila

<sup>3</sup> Universidade Federal da Grande Dourados

and Adolescents (DVCA). Through weekly meetings in each ESF Unit, with an average of 04 hours, 29 teams were qualified, for a total of 442 professionals aware of the prevention of DVCA. To analyze the effectiveness of training was used a questionnaire survey of representations of DVCA, given before (Pre-test) and after (post-test) of training, aiming to verify changes in conceptions of health professionals about the phenomenon discussed. The differences in the frequencies of item scores of questionnaires pre-and post-test participants answered by the extension project were compared by Student's t test for paired samples. The data show that, through the qualification meetings, many health professionals have changed concepts and representations of DVCA, which could encourage its prevention from engaging in combat this type of social problem that afflicts the lives of brazilian children and adolescents.

**Keywords:** Domestic violence. Children and adolescents. Inservice Training. Family Health care.

## FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LA VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LOS NIÑOS EN LA CIUDAD DE DOURADOS/MS

### RESUMEN

Este artículo discute los resultados de un proyecto de extensión desarrollado por el curso de Psicología de la Universidad de la Grand Dourados, con vistas a la formación de profesionales de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Dourados/MS para la prevención, detección temprana y derivación de los casos de violencia doméstica contra la Niñez y la Adolescencia (VDNA). A través de reuniones semanales en cada unidad del FSE, con un promedio de 04 horas, 29 equipos fueron entrenados, por un total de 442 profesionales sensibilizados sobre la prevención de VDNA. Para analizar la eficacia de la capacitación se utilizó un cuestionario de representaciones de VDNA, administrada antes (pretest) y después (post-test) de la formación, tratando de verificar los cambios en las concepciones de los profesionales de la salud sobre el fenómeno discutido. Las diferencias en las frecuencias de las puntuaciones de los ítems de los cuestionarios pre-y post-test, respondido por los participantes del proyecto de extensión, se comparó mediante la prueba t de Student para muestras pareadas. Los datos muestran que, a través de reuniones de capacitación, muchos profesionales de la salud han cambiado los conceptos y representaciones de VDNA, lo que puede favorecer la prevención en la lucha contra este tipo de problema social que afecta a las vidas de los niños y adolescentes brasileños.

**Palabras clave:** Violencia Doméstica. Niños y Adolescentes. Capacitação em Serviço. Salud de la Familia.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, a Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social quanto um problema de



saúde pública em função dos elevados índices de incidência na população mundial, em conjunto com graves sequelas e transtornos desenvolvidos pelas vítimas.

De acordo com [Pinto Junior-\(2005\)](#), a abordagem profissional deste fenômeno apresenta inúmeras dificuldades, pois se caracteriza como um problema que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar e por estar envolvido por dispositivos de velamentos que, muitas vezes, impedem sua identificação e notificação.

De forma geral, a VDCA deve ser entendida como um problema configurado na família enquanto espaço privado, numa esfera micro-política, e também um problema de relações sociais de gênero e geração, numa esfera macro-política, em que o adulto transgredir o seu poder disciplinador, negando, negligenciando as necessidades e direitos da criança e tolhendo sua liberdade, colocando-a, assim, numa posição de mero objeto dos desejos do adulto ([AZEVEDO; GUERRA, 1998](#)).

A VDCA, em todas suas modalidades (física, sexual, psicológica e negligência), pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento das vítimas. A experiência de vitimização pode trazer sérias consequências, implicando na perturbação da noção de identidade, distúrbios de personalidade, cognição, adaptação social e outros ([PINTO JUNIOR, 2005](#); [BOUCHARD et al., 2008](#); [DEVANEY, 2008](#); [GILBERT et al., 2009](#)).

A partir do exposto, as políticas públicas na área devem promover a integração dos diversos segmentos sociais, estimulando o diálogo e a reflexão entre os diferentes atores sociais e instituições que possam gerar estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas da VDCA, numa ampla rede de apoio social e comunitário ([NUNES; SARTI; CONCEIÇÃO, 2009](#)).

Especificamente no que se refere à prevenção no campo da saúde, é importante destacar que este conceito é, de acordo com [Minayo e Souza-\(1999\)](#), uma categoria fundamental que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos e aos componentes dos atos terapêuticos dirigidos a esses agravos. De acordo com as autoras, esse nível de atenção se divide em três níveis: primário, secundário e terciário.

Sobre a prevenção da VDCA, o nível primário deve compreender as ações voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre as medidas preventivas da violência para que possam atuar, por meio de palestras e campanhas informativas, com pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário deve incluir formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce dos casos de VDCA. Já o nível terciário abrange o atendimento em unidades hospitalares, institucionais ou comunitários, envolvendo maior grau de complexidade, com o objetivo de desenvolver estratégias de tratamento e/ou reabilitação das vítimas e dos agressores ([GOMES; SILVA; NJAINE, 1999](#)).

Neste sentido, os profissionais da área de saúde desempenham um papel importante em todos os níveis de prevenção da VDCA, atuando desde a sua identificação e tratamento até o encaminhamento a outros níveis de maior complexidade. Mas, sobretudo, estes profissionais cumprem uma função primordial como agentes de denúncia em casos suspeitos de maus-tratos para as instituições de proteção à Infância ([ANDRADE et al., 2011](#)).

Dentre os documentos oficiais que versam sobre a necessidade dos profissionais de saúde de denunciar casos suspeitos de VDCA, destaca-se o Estatuto da Criança e do



Adolescente (ECA) ([BRASIL, 1990](#)) que, em seu artigo 245, declara que o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, será penalizado com multa. Da mesma forma, o Ministério de Saúde, fundamentado nas diretrizes do ECA, estabelece que todos os profissionais e instituições de saúde têm a obrigação também de preencher a Ficha de Notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes e encaminhá-la para o Conselho Tutelar do município local ([BRASIL, 2002](#)).

Mas, para que haja a notificação dos casos de VDCA por parte dos profissionais de saúde, é necessário que esses sejam preparados e habilitados na identificação deste agravo. Contudo, de acordo com [Saliba et al. \(2007\)](#), a maioria das profissões não possuem em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados à violência. Sobre isso, diversos estudos apontam para a precariedade da formação destes profissionais sobre este tema, o que interfere na oferta de uma atenção adequada à saúde das vítimas e na promoção sua proteção ([DESLANDES, 1999](#); [DESLANDES, 2002](#); [SALIBA et al., 2007](#); [NUNES; SARTI; CONCEIÇÃO, 2009](#); [CARVALHO et al., 2010](#); [TORNAVOI; GALO; SILVA, 2011](#); [ACIOLI et al., 2011](#)).

Além disso, outros condicionantes estão associados com o pouco envolvimento dos profissionais de saúde com a denúncia dos casos de VDCA e/ou com a abordagem e tratamento pouco eficientes das vítimas e seus familiares. Em geral, percebe-se a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores dentro do campo da saúde que deveriam lidar com essas questões. Isso gera sentimentos de fragilidade e insegurança, principalmente nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que temem sofrer represálias dos denunciados, pois convivem e se relacionam no mesmo espaço urbano que os envolvidos. Também, a formação quase exclusivamente biomédica dos profissionais de saúde impõe obstáculos para intervir, de forma eficaz, em problemas mais relacionados com o social, como a VDCA. Outro problema se refere à percepção e representação social desse fenômeno. O uso da força física com fins educativos da criança muitas vezes não é considerado violência em nossa cultura. Por isso, os profissionais que lidam com crianças e adolescentes geralmente têm dificuldades em diagnosticar e denunciar casos de violência, já que as formas de punição utilizadas pelos pais não são por estes consideradas uma modalidade de VDCA ([DESLANDES, 1999](#); [DESLANDES, 2002](#); [NUNES; SARTI; CONCEIÇÃO, 2009](#); [LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010](#); [ACIOLI et al., 2011](#); [ANDRADE et al., 2011](#); [RAMOS; SILVA, 2011](#)).

Entendendo que a ESF é a porta de entrada do SUS, muitos casos de VDCA podem ser inicialmente identificados pelas equipes multiprofissionais e, posteriormente, referenciados para níveis de maior complexidade e outros setores da sociedade, quando necessário. Além disso, após o encaminhamento dos casos a outros serviços, as equipes da ESF devem promover o seu acompanhamento periódico, visando à articulação de todos os recursos de proteção às vítimas e sua resolubilidade. Mas isso só é possível se todos os profissionais estiverem capacitados, instrumentalizados e livres de resistências psicológicas em relação a esse fenômeno.





## OBJETIVO

Considerando a necessidade de se investir na capacitação dos profissionais de saúde para atuar em casos de VDCA, esse trabalho descreve os resultados de um projeto de extensão universitária que procurou sensibilizar e instrumentalizar as equipes de ESF para a identificação, notificação e o atendimento de casos de VDCA no município de Dourados/MS.

## MÉTODOS

Trata-se de um projeto de extensão universitária desenvolvido pelo curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), ao longo do ano de 2010. Nesse período capacitaram-se 29 equipes de saúde, perfazendo um total de 442 profissionais sensibilizados para a prevenção da VDCA (média de 15,2 profissionais por equipe).

Cada encontro nas Unidades de Saúde teve em média a duração de aproximadamente 04 horas, e foram seguidas as seguintes etapas: a) apresentação e discussão das concepções teóricas do tema, suas definições, epidemiologia e consequências; b) apresentação e discussão acerca dos indicadores comportamentais da criança, do agressor e da família vitimizada que facilitam a identificação pelos profissionais de saúde; c) apresentação da trajetória de intervenção, apresentando os recursos que os profissionais de saúde dispõem para cada caso e os tipos de encaminhamentos necessários; d) discussão de um caso clínico fictício para orientar as ações de intervenção na área.

Antes e logo após as capacitações aplicou-se um questionário visando a identificar o conhecimento prévio dos profissionais sobre o fenômeno da VDCA e suas formas de identificação, enfrentamento e prevenção (Pré-teste), e as mudanças de suas representações sobre o tema após o trabalho realizado (Pós-teste). O questionário empregado nas duas fases do trabalho foi o mesmo e composto por 12 questões, baseadas nos mitos sobre VDCA, apresentados por [Azevedo e Guerra \(1998\)](#), em que o profissional deveria responder Verdadeiro (V) ou Falso (F). São elas:

1. A VDCA deve ser entendida por ações de brutalidade por parte dos pais ou responsáveis, acarretando lesões físicas ou problemas em geral.
2. A Violência Doméstica deve ser compreendida como uma "perda de controle" do adulto na educação da criança.
3. A palmada é um método disciplinar não perigoso, pois não causa dor real e por isso não deve ser correlacionado a quadros de VDCA.
4. A VDCA é um fenômeno raro.
5. As crianças da classe média e alta não sofrem VD com tanta frequência quanto as crianças pobres.
6. Bebidas alcoólicas e consumo de drogas provocam o comportamento agressivo dos pais.
7. Os agressores são violentos em todos os seus relacionamentos interpessoais.

8. Se as crianças forem ensinadas a evitar “estranhos” elas não serão sexualmente vitimizadas.
9. Crianças podem fantasiar histórias de vitimização sexual.
10. A violência sexual costuma ser um ato violento que envolve conjunção carnal.
11. As crianças só não revelam a vitimização sexual, se tiverem sido ameaçadas com violência.
12. Em caso de comprovação da VDCA, a vítima deve ser afastada do lar para preservar a sua segurança e integridade, e muitas vezes o abrigo é uma medida preventiva indicada para isso.

Após a realização de todas as capacitações procedeu-se a análise estatística dos dados para verificar se houve mudança de percepção e representação da VDCA pelos profissionais da ESF com o trabalho de sensibilização realizado. Para tanto, utilizou-se o teste *t* de Student para mostras pareadas, a fim de verificar as diferenças nas frequências de pontuação dos itens dos questionários pré e pós-teste respondidos pelos participantes do referido projeto de extensão.

Deve-se ressaltar que, embora respostas do tipo verdadeiro e falso possam ser tratadas como uma variável categórica, testes como o qui-quadrado não possuem a sensibilidade para avaliar um aumento ou diminuição no percentual de participantes que consideram a afirmativa falsa (resposta correta). Por esse motivo, optou-se por compreender as respostas como dados contínuos, uma vez que existe uma diferença hierárquica nas alternativas. Os participantes que marcaram “falso” em qualquer um dos mitos sobre VDCA são compreendidos como tendo maior conhecimento sobre esse fenômeno do que participantes que marcaram “verdadeiro”.

## RESULTADOS

Sobre o perfil dos participantes do projeto de capacitação, os dados são apresentados no gráfico a seguir:

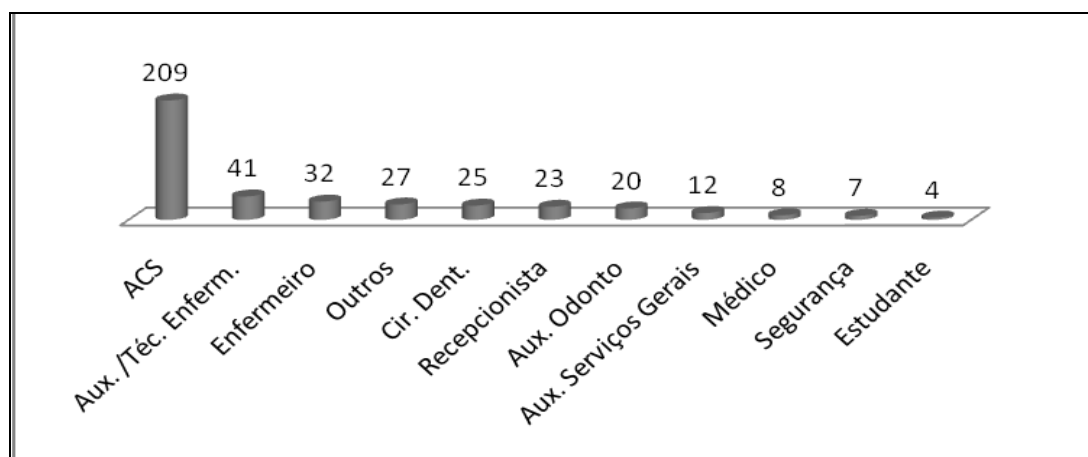


Gráfico 1. Perfil dos participantes do projeto de capacitação dos profissionais de ESF

De acordo com os dados do gráfico acima, do total dos participantes do projeto de capacitação (442), 408 responderam aos questionários pré e pós-teste (alguns participantes não responderam aos questionários ou porque chegaram atrasados na capacitação, ou porque não desejaram respondê-los). Destes, 209 (51,2%) são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 41 (10,0%) Auxiliares ou Técnicos em Enfermagem, 32 (7,8%) Enfermeiros, 25 (6,1%) Cirurgiões Dentistas, 23 (5,6%) Recepcionistas, 20 (4,9%) Auxiliares de Odontologia, 12 (2,9%) auxiliares de serviços gerais, 08 (2,0%) médicos, 07 (1,7%) Seguranças, 4 (1,0%) estudantes de medicina. Na categoria Outros (27 participantes, 6,6%) foram incluídos profissionais administrativos, balconistas de farmácia, e demais profissionais que se encontravam na unidade de saúde no horário da capacitação.

Sobre os resultados da análise dos questionários Pré e Pós-testes, os dados são apresentados na tabela 1. A tabela mostra o total de respostas "Falso" (F) em cada questão dos questionários pré e pós-teste e suas porcentagens. Considerando que as questões referem-se aos mitos relacionados à VDCA, esperava-se que após a capacitação, os profissionais de saúde respondessem mais (F) aos itens dos questionários pós-teste, indicando, assim, mudanças de concepção e/ou representação da VDCA.

Tabela 1. Resultados dos Questionários de sondagem sobre a representação da VDCA pelos profissionais de ESF

| Questão | n falso<br>pré-teste | % falso no<br>pré-teste | n falso<br>pos-<br>teste | % falso<br>pós-<br>teste | Diferença de<br>percentual | Desvio<br>Padrão | t       |
|---------|----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|---------|
| Q1      | 51                   | 12,8%                   | 164                      | 41,2%                    | 28,4%                      | 0,57             | 10,0*** |
| Q2      | 165                  | 40,9%                   | 228                      | 56,6%                    | 15,6%                      | 0,61             | 5,1***  |
| Q3      | 262                  | 67,2%                   | 348                      | 89,2%                    | 22,1%                      | 0,53             | 8,2***  |
| Q4      | 383                  | 95,5%                   | 388                      | 96,8%                    | 01,2%                      | 0,22             | 1,1     |
| Q5      | 280                  | 70,4%                   | 360                      | 90,5%                    | 20,1%                      | 0,51             | 7,9***  |
| Q6      | 16                   | 3,9%                    | 240                      | 59,0%                    | 55,0%                      | 0,51             | 21,7*** |
| Q7      | 245                  | 62,3%                   | 310                      | 78,9%                    | 16,5%                      | 0,54             | 6,1***  |
| Q8      | 330                  | 81,7%                   | 380                      | 94,1%                    | 12,4%                      | 0,38             | 6,6***  |
| Q9      | 271                  | 68,8%                   | 354                      | 89,8%                    | 21,1%                      | 0,49             | 8,5***  |
| Q10     | 174                  | 44,4%                   | 240                      | 61,2%                    | 16,8%                      | 0,57             | 5,9***  |
| Q11     | 140                  | 34,6%                   | 205                      | 50,6%                    | 16,0%                      | 0,59             | 5,5***  |
| Q12     | 52                   | 12,9%                   | 226                      | 56,2%                    | 43,3%                      | 0,55             | 15,8*** |
| Total*  | 6,08                 |                         | 8,78                     |                          | 2,69                       | 2,78             | 17,7*** |

\* No caso do total, o n se refere à média de respostas falsas por participante↔ e a diferença percentual se refere a diferenças entre as médias

\*\*\* Diferença significativa ao nível de  $p < 0,001$

Verifica-se que houve diferença significativa em 11 das 12 questões do questionário de sondagem acerca das representações da VDCA respondidas pelos profissionais de saúde, todas com  $p < 0,001$ . As questões 6 e 12 foram aquelas nas quais houve uma maior diferença entre o pré e o pós-teste. Apenas na questão 4 não se

verificou diferença significativa entre as respostas do questionário pré e do pós-teste. Com relação a esta afirmativa ("A VDCA é um fenômeno raro"), pode-se perceber que quase todos os profissionais consideraram a afirmativa falsa antes da intervenção, não havendo espaço para que houvesse um grande aumento percentual nessa questão.

## DISCUSSÃO

A VDCA é, conforme apontam [Azevedo e Guerra-\(1998\)](#), cercada de mitos que devem ser combatidos e desconstruídos. Entendendo mito como uma forma de crença resistente às evidências empíricas e que se mantém pelo desconhecimento, ignorância ou por interesses ideologicamente disfarçados, os mesmos impedem a notificação e a intervenção correta dos casos de VDCA.

Em se tratando de profissionais de saúde, esses mitos podem produzir resistências ao atendimento de crianças e adolescentes vitimizados e, muitas vezes, impedir o reconhecimento da violência dos pais contra seus filhos ([BOUCHARD et al., 2008](#); [NUNES; SARTI; CONCEIÇÃO, 2009](#); [ANDRADE et al.; 2011](#)).

Assim, mesmo identificando lesões ou sinais de violência física, sexual ou decorrente da negligência dos cuidadores, sem um devido trabalho de capacitação, os diferentes profissionais da ESF podem sentir dificuldade de caracterizá-las como violência. Ao invés disso, podem considerá-las como acidente doméstico ou apenas cuidar das lesões ou danos sem oferecer um encaminhamento correto.

Por isso, esforços devem ser feitos no sentido de desmistificar conceitos e idéias errôneas, favorecendo uma compreensão correta do fenômeno para poder controlá-lo de maneira eficaz e impedir sua reprodução.

Ao se propor um trabalho de capacitação de profissionais de saúde a respeito da VDCA, como o apresentado neste artigo, objetivou-se romper com os mitos que giram em torno dessa temática, favorecendo a construção de idéias e representações mais cientificamente embasadas e que possam nortear também formas de intervenção e encaminhamento corretos dos casos.

Portanto, a elaboração do questionário (Pré e Pós-teste) neste trabalho visou inicialmente a mapear os conhecimentos prévios dos profissionais da ESF, e verificar, após o trabalho de capacitação, se esse poderia desencadear transformações desses conhecimentos.

Desta forma, buscou-se, com a capacitação dos profissionais de saúde, romper com a crença de que a VDCA é causada por fatores unidimensionais, a partir de características psicopatológicas do agressor (questões 1, 2, 6 e 7 do questionário de sondagem), ou por um problema exclusivamente social ou econômico (questões 4 e 5). Ao contrário, procurou favorecer uma compreensão fundamentada em um modelo teórico que considere este fenômeno como decorrente da interação entre vários grupos de fatores: psicológicos, sócio-econômicos, e culturais, cuja re(produção) é historicamente determinada ([AZEVEDO; GUERRA, 1998](#); [MINAYO; SOUZA, 1999](#); [AZEVEDO et al., 2005](#); [PINTO JUNIOR, 2005](#)).

Também objetivou romper com a reprodução de padrões culturais em torno da educação familiar, que aceitam a punição física como uma prática educativa da criança





(questão 3). De acordo com [Andrade et al.-\(2011\)](#), a prática da punição física esteve sempre presente na história da humanidade e por muito tempo foi considerada benéfica na educação de crianças e adolescentes. Desconstruir essa concepção é tarefa fundamental para impedir as graves sequelas decorrentes da vitimização física, como aponta a literatura na área ([AZEVEDO; GUERRA, 1998](#); [PINTO JUNIOR, 2005](#); [BOUCHARD et al., 2008](#); [DEVANEY, 2008](#); [GILBERT et al., 2009](#)).

Da mesma forma, a presente proposta de capacitação para profissionais de saúde procurou apresentar a eles um olhar crítico acerca do fenômeno da violência sexual rompendo com crenças que impedem a sua identificação (questões 8, 9, 10 e 11). A dúvida, a descrença acerca da vitimização sexual doméstica, sua gravidade, autoria e intencionalidade dos fatos, como bem apontado por [Azevedo e Guerra-\(1998\)](#), são atitudes que podem impedir o profissional de realizar uma intervenção adequada em termos deste fenômeno e, pior, colocar vida da vítima em risco.

Além disso, a sensibilização profissional também buscou favorecer atitudes corretas em termos dos encaminhamentos dos casos de VDCA (questão 12). Como destacam [Nunes et al. \(2009\)](#), uma providência comum tomada pelos profissionais de saúde em casos de vitimização infantil é orientar a retirada das vítimas do convívio familiar, transferindo-as para Instituições de abrigo ou para famílias substitutas. Segundo os autores, embora essas medidas possam até oferecer proteção contra novos episódios, as sequelas da violência não desaparecem com a retirada da criança do ambiente doméstico, podendo sofrer, em consequência disso, outros eventos negativos ou outras formas de vitimização. Dessa forma, os profissionais de saúde devem ser orientados sobre o melhor encaminhamento, dependendo do caso e de sua gravidade.

Dessa forma, estratégias que visem a transformar as representações acerca deste tipo de fenômeno devem ser pensadas e planejadas para os profissionais de saúde, especialmente para aqueles que estão na linha de frente da Atenção Básica em Saúde, pois esses profissionais lidam diretamente com o problema da VDCA e são peças-chaves em ações de combate e prevenção.

Os resultados da análise das respostas aos questionários mostraram que, a partir de uma proposta de discussão das questões teórico-metodológicas acerca do fenômeno da VDCA, houve uma significativa transformação das idéias e representações destes profissionais sobre esse grave problema social. Em quase todas as questões identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao se comparar as respostas ao questionário Pré-teste com as respostas ao questionário Pós-teste. Apenas na questão 4 não foram encontradas diferenças e o motivo para isso pode ser explicado pela tese de que a população de profissionais de saúde atendida já podia ter consciência, mesmo antes do trabalho de capacitação, que a VDCA é um fenômeno comum na sociedade. Como este fenômeno vem sendo, atualmente, muito discutido nos meios de comunicação, os profissionais da ESF parecem já reconhecer a VDCA como um problema sério de saúde pública.

Os dados apresentados neste artigo destacam a viabilidade de propostas, como essa, para discutir com os profissionais de saúde ações que sejam realmente efetivas ao enfrentamento da VDCA. Por meio dessas ações, muitos profissionais de saúde podem mudar conceitos e representações acerca da vitimização infantil, o que poderá favorecer a sua prevenção a partir do engajamento no combate a este tipo de problema social que



aflige a vida de crianças e adolescentes brasileiros, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais digna para a Infância.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a ausência de um grupo controle para verificar se de fato o aumento do conhecimento sobre VDCA deveu-se à intervenção realizada. Embora não tenham sido mapeadas variáveis intervenientes com relevância para causar grandes mudanças no conhecimento dos participantes, não se descarta a hipótese de que o efeito de retestagem tenha influenciado no resultado do teste. Desta forma, novos encontros com os profissionais de saúde da ESF de Dourados deverão ser realizados para a continuidade do trabalho de capacitação e para verificar também se as transformações da percepção sobre a VDCA se mantêm.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com a VDCA não é uma tarefa fácil, principalmente para os profissionais de saúde. Como já mencionado, o contato com esse fenômeno social coloca os profissionais diante de inúmeros sentimentos de angústia, medo e impotência que, muitas vezes, impedem a identificação, notificação e o correto atendimento e encaminhamento dos casos.

Além disso, a falta de conhecimentos específicos acerca dessa problemática obstaculiza as ações e impede a construção de uma atitude ética para com a demanda atendida. Isso pode colocar em risco a saúde e a própria vida das inúmeras crianças e adolescentes expostos à violência familiar.

Contudo, ações que visem a discutir as questões teórico-metodológicas da VDCA com os profissionais de saúde podem representar uma contribuição efetiva para o fortalecimento das políticas de assistência à infância e adolescência e para a construção e/ou articulação de redes de proteção às vítimas.

Os resultados apresentados nesse trabalho apontam para os benefícios de projetos de capacitação, sensibilização e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar para os profissionais de saúde, pois podem favorecer as mudanças de concepções, representações e até mesmo atitudes acerca da VDCA.

Principalmente junto às equipes da ESF, entende-se que o trabalho de formação dos profissionais das diferentes disciplinas para o atendimento de casos de VDCA é extremamente necessário, pois a Atenção Básica é a responsável pela porta de entrada de todas as demandas de saúde no SUS, articulando todas as ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dessa forma, os profissionais da ESF devem estar preparados para identificar, notificar, atender, encaminhar e acompanhar os casos de VDCA, articulando as ações visando a integralidade da atenção às crianças e adolescentes vitimizados.

Mas cabe ressaltar que a capacitação para a VDCA não deve ser uma ação pontual e isolada, mas configurada como um programa de formação contínua que favoreça a articulação com outros segmentos e instituições de assistência à Infância e adolescência, objetivando a criação de uma rede, que ofereça suporte para todos os profissionais. Só assim, pode-se reduzir o grau de insegurança e medo, principalmente

dos profissionais da ESF, e incrementar ações protetoras para as crianças e adolescentes em situação de violência familiar.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, R. M. L. et al. Violência intrafamiliar contra crianças adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 21-28, 2011.

ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica**: módulo 1A/B. São Paulo: LACRI-IPUSP, 1998.

AZEVEDO, M. A. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em (des)construção. In: UNICEF (Ed.) **Direitos negados**: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Brasília: UNICEF, 2005. p. 14-27.

BOUCHARD, E. M. et al. Psychological and health sequelae of childhood sexual, physical and psychological abuse, **Revue D Epidemiologie et de Sante Publique**, v. 56, n. 5, p. 333-344, 2008.

BRASIL. **Lei Federal nº.8069, de 13 de julho de 1990.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 30 de agosto de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília, DF, 2002.

CARVALHO, A. A. et al. Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 183-187, 2010.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DEVANEY, J. Chronic child abuse and domestic violence: children and families with long-term and complex needs: **Child & Family Social Work**, v. 13, n. 4, p. 443-453, 2008.

GILBERT, R. et al. Child Maltreatment: burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 2009.



[GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K.](#) Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.171-181, 1999.

[LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E.](#) Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481- 491, 2010.

[MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.](#) É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 7-32, 1999.

[NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; CONCEIÇÃO, C. V. S.](#) Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 903-908, 2009. Especial – 70 Anos.

[PINTO JUNIOR, A. A.](#) **Violência sexual doméstica contra meninos**: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

[RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L.](#) Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 136-146, 2011.

[SALIBA, O. et al.](#) Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

[TORNAVOI, D. C.; GALO, R.; SILVA, R. H. A.](#) Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 8, n. 1, p. 54-59, 2011.